

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE BUCAL: A FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Ana Cláudia Pereira dos Santos Cruz

Simone Dutra Lucas

Guilherme Alef Silva Alves

Maria Inês Barreiros Senna

O objetivo desse capítulo é descrever como ocorre a formação do Técnico em Saúde Bucal (TSB), por meio de uma escola técnica do Sistema Único de Saúde e a inserção e atuação desse recurso humano na Atenção Primária em Saúde no Brasil. Objetivou-se ainda contextualizar a formação e atuação das categorias auxiliares em Odontologia em outros países, comparadas à realidade brasileira. Esse capítulo faz parte da Dissertação intitulada “RECURSOS HUMANOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: formação e inserção de técnicos em saúde bucal em Minas Gerais” apresentada ao Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais no ano de 2018.

1. Introdução

A educação profissional em saúde é a relação entre a educação, saúde e suas práticas, sendo orientada pelas concepções e modelos de atenção em saúde vigentes (SILVA et al., 2010).

A educação profissional compreende três tipos de formação:

- Inicial ou continuada;
- Técnica média;
- Tecnológica superior.

Esta divisão foi oficializada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996).

////////////////////////////////////
PARA SABER MAIS
Para saber mais sobre a LDB, que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, acesse o documento oficial. Disponível em www.planalto.gov.br

A educação profissional em saúde pode ser realizada em dois setores (BRASIL, 2004a):

- Nos serviços de saúde (formação inicial ou continuada);
- Nas instituições de ensino (formação inicial ou continuada, formação técnica e tecnológica).

A formação técnica na área da saúde compreende as formas de ensino integrado, concomitante ou subsequente ao ensino médio, sendo organizada em doze subáreas dentre elas, a Saúde Bucal (COELHO, 2009).

A necessidade da formação técnica em saúde no Brasil ser realizada em instituições de ensino vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu do reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores para o desempenho de suas atividades, mesmo após a realização de treinamentos em serviço (SÓRIO, 2002).

São exemplos de estratégias de formação na área da saúde:

- As ações educativas promovidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública

(SESP)¹ na década de 50

- O Projeto de Formação em Larga Escala² da década de 80

A expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) introduziu uma nova demanda de formação em saúde ao cenário da educação: profissionais reflexivos sobre suas práticas, com iniciativa frente a situações adversas, com compreensão da pertinência e importância das ações que realiza e com capacidade de trabalhar em equipe (CARVALHO, 1998; PEZZATO, 2001; ALMEIDA e FERRAZ, 2008; SILVA et al., 2010; BRASIL, 2012a).

Para atender a esse novo contexto educacional, foi necessária uma mudança no paradigma de formação da força de trabalho em saúde. Além da produção de um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas foi preciso também prezar pela qualidade da formação (MINAS GERAIS, 2013a). A habilitação técnica possibilitou a inserção de uma grande diversidade de trabalhadores no processo de trabalho em saúde. Algumas dessas ocupações, como o Técnico de Saúde Bucal (TSB)³ já existiam antes da organização do SUS (FIOCRUZ, 2003; BRASIL, 2008). A atuação do TSB era mais voltada para intervenções coletivas tais como, aplicação tópica de flúor e educação em saúde (CARVALHO, 1998; PEZZATO, 2001; OLIVEIRA, 2010) antes da inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano 2000 (BRASIL, 2000) e da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 (BRASIL, 2004a),

////////////////////////////////////

PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, acesse o documento disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/>

¹ A atuação do SESP baseou-se na criação de centros de saúde e postos rurais em várias regiões do país, com a contratação de sanitaristas, laboratoristas, escriturários e médicos, bem como na incorporação e preparação de pessoal, dentre esses os auxiliares da Odontologia. Esses profissionais foram preparados para atuação na educação sanitária, na qual novas técnicas de ensino-aprendizagem foram introduzidas, tais como a educação de grupos e o desenvolvimento e organização de comunidades, desencadeando ideias de participação e mobilização de indivíduos nas ações de saúde (PEZZATO, 2001; SILVA, et. al., 2010).

² O objetivo do Projeto Larga Escala foi a formação profissional em serviço de trabalhadores de nível médio e fundamental, sem deslocá-los de seus postos de trabalho. Constava também, na proposta, que os profissionais de nível universitário dos serviços de saúde atuavam como docentes, cujo objetivo seria promover uma formação que pudesse emancipar os discentes, visando ao efetivo alcance da cidadania, por meio da articulação entre a saúde e a educação. Os cursos eram descentralizados, com currículos e regimentos diferentes dos cursos de formação já existentes. No início foi um projeto voltado para profissionais da enfermagem, mas com o tempo as outras áreas da saúde também se beneficiaram (PEZZATO, 2001; PEREIRA e RAMOS, 2006).

³Técnico em Higiene Dental (THD) era a denominação usada antes da regulamentação do exercício profissional em 2008.

A implementação de tais políticas, bem como a regulamentação profissional do TSB (BRASIL, 2008), permitiu a sua efetiva incorporação aos serviços públicos de saúde (CERQUEIRA et al., 2009; SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2012; ABREU et al., 2013). Desde então, observa-se uma sensível intensificação no financiamento governamental para a formação do TSB pelas escolas da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS)⁴ (BONAN et al., 2009; LIMA et al., 2016; ZINA et al., 2017).

////////////////////////////////////

PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre a Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008, que regulamentou o exercício profissional do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e do Técnico em Saúde Bucal (TSB) acesse o documento disponível em www.planalto.gov.br.

2. Categorias auxiliares em Odontologia

O Brasil tem sido considerado um país com um perfil mais reduzido e conservador em termos de opções de recursos humanos em Odontologia. (KOVALESKI et al., 2005). Isso ocorre porque existe uma grande variedade de categorias auxiliares em Odontologia em distintas regiões do mundo que possuem funções expandidas e maior autonomia quando comparadas ao TSB (CARVALHO, 1998). No entanto, em relação à atuação nos serviços públicos, o TSB se destaca por seu amplo potencial de atuação, principalmente nas ações de promoção e prevenção (SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2012), ao contrário da prática de Higienistas e Terapeutas Dentais que é mais voltada para os cuidados clínicos preventivos individuais (LOPEZ et al., 2012; YAVNAI et al., 2012; USWAK e KELLER-KURYSH, 2012; ASKU et al., 2013; KEMPSTER et al., 2015; LENAHER, 2017).

Essa comparação entre profissionais de perfis semelhantes ao TSB tem gerado estudos que recomendam uma reforma na formação e atribuições desse recurso humano em alguns países, como por exemplo, nos Estados Unidos (EUA) (BOYD, 2016; FRIED et al., 2017).

Os títulos e perfis das ocupações auxiliares da Odontologia variam pelo mundo, sendo que já foram identificadas pelo menos nove nomenclaturas diferentes (JHONSON, 2009). Em parte, essa diversidade reside na origem dessas categorias, sendo as denominações atribuídas mediante as circunstâncias do seu surgimento, o escopo de sua prática e à forma de inserção no mercado de trabalho (CARVALHO, 1998).

Duas categorias presentes em vários países que possuem um perfil similar ao TSB são os Higienistas Dentais e os Terapeutas Dentais.

⁴O conjunto das 40 ETSUS presentes em todos os estados do Brasil compõem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Essa rede foi criada em 2009 em uma ação conjunta do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) objetivando a articulação entre as ETSUS e visando ao fortalecimento da Educação Profissional em Saúde, por meio da troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento (BRASIL, 2015).

2.1 Higienistas e Terapeutas Dentais no contexto mundial

• O Higienista Dental se originou nos EUA com a promoção do primeiro curso (1910 e 11) pela Faculdade de Odontologia de Ohio (CARVALHO, 1998). Em 1924, higienistas já atuavam na Noruega. Por volta da metade do século XX, se iniciou a formação no Reino Unido (1943), no Canadá (1947) e no Japão (1948) (JHONSON, 2009). Foi observada uma rápida expansão entre os anos de 1950 e 1974, com o estabelecimento dessa categoria auxiliar em outros oito países sucessivamente: Nigéria, Dinamarca, Suíça, Coreia, Holanda, Suécia, Austrália e África do Sul. A maior disseminação da ocupação ocorreu durante o final do século XX, sendo incorporada à Odontologia de mais nove países, a saber: Áustria, Finlândia, Israel, Itália, Espanha, Alemanha, Irlanda, Eslováquia e Letônia (JOHNSON, 2009). Na América Latina, houve uma rápida disseminação da utilização de pessoal auxiliar, nas décadas de 60 e 70, com atribuições e propostas de trabalho variando de acordo com as regiões. Muitos países iniciaram programas de formação, tais como, Colômbia, México, Cuba, Costa Rica, Equador, Jamaica, Guatemala e Brasil (CARVALHO, 1998). As habilidades e competências atribuídas aos Higienistas Dentais se correlacionam com ações de promoção e prevenção em saúde bucal com foco na redução das doenças periodontais (LUCIAK-DONSBERGER e EATON, 2009). A literatura consultada revela que, de uma maneira geral, prestam assistência em saúde bucal abrangendo todas as faixas etárias, realizando procedimentos odontológicos reversíveis, no âmbito público e privado, sob a supervisão de um cirurgião-dentista. Porém, existem diferenças entre os países e até mesmo entre os estados de um mesmo país, no que concerne à formação, autonomia e procedimentos elencados na prática dos Higienistas Dentais. A responsabilidade profissional e a autonomia têm evoluído em muitos países, como na Dinamarca, Finlândia e Alemanha, para uma prática mais colaborativa em que o cirurgião-dentista e o Higienista Dental em conjunto decidem quando a supervisão direta é necessária, observando-se um aumento na prática independente (LUCIAK-DONSBERGER e EATON, 2009). Com poucas exceções, os requisitos de supervisão tendem a ser os mesmos para os locais de trabalho dos setores público e privado. Eles variaram um pouco por província ou estado para países com várias jurisdições, como Canadá e os EUA, e entre os países, como na Letônia e na Lituânia, nas quais somente no setor público, os Higienistas Dentais podem atuar sem supervisão. Percebe-se também que essas diferenças se tornam mais acentuadas em países que realizam a formação e permitem a prática do Terapeuta Dental (JHONSON, 2009; LUCIAK-DONSBERGER e EATON, 2009; LOPEZ et al., 2012; YAVNAI et al., 2012; ASKU et al., 2013; FRIED et al., 2017).

• O Terapeuta Dental é caracterizado como um provedor de cuidados em saúde bucal, cuja origem é atribuída à Nova Zelândia. Esse país foi pioneiro no atendimento de crianças em escolas públicas por Enfermeiras Dentais, denominadas, a partir de 1999, como Terapeutas Dentais (CARVALHO, 1998; COATES et al., 2009). O Reino Unido incorporou essa ocupação ao elenco de trabalhadores da Odontologia no ano de 1959 (LOPEZ et al., 2012). Austrália, Canadá e mais recentemente os EUA estão

entre os mais de 50 países nos quais foi identificada a incorporação dos Terapeutas Dentais na força de trabalho em saúde. Porém, apesar de percorridos quase cem anos desde o surgimento dessa categoria, e das inúmeras pesquisas nessa temática, sua utilização ainda gera muita controvérsia, mesmo nos países em que há a regulamentação profissional (BLUE et al., 2011; LOPEZ et al., 2012; USWAK e KELLER-KYRYSH, 2012; ASKU et al., 2013; NASH et al., 2014; NASH et al., 2017; PHILLIPS e SHAEFER, 2013). As discussões envolvendo os Terapeutas Dentais se relacionam principalmente com o escopo de sua prática e com a sua autonomia de atuação. Historicamente, o seu foco de atuação tem sido a prevenção e tratamento em crianças; no entanto, alguns países autorizam a assistência aos adolescentes e adultos. Embora haja uma grande variação geográfica, de uma maneira geral, os Terapeutas Dentais possuem autonomia para realização de diagnóstico e planejamento de tratamento. Além dos procedimentos clínicos preventivos que os Higienistas Dentais realizam (profilaxia, fluoroterapia e selantes) os Terapeutas Dentais realizam procedimentos irreversíveis tais como, preparo de cavidades, restaurações diretas e indiretas, pulpotomias e exodontia de dentes decíduos, sendo que em alguns países, eles também podem extrair dentes permanentes. A administração de anestesia local por Terapeutas Dentais foi reportada em 14 países (COATES et al., 2009; NASH et al., 2014).

A regulamentação profissional dos Higienistas Dentais e dos Terapeutas Dentais é bastante heterogênea entre os países. Essa diferença é encontrada no âmbito de um continente como a Europa e dentro de um mesmo país, como é o caso dos EUA. Luciak-Donsberger e Eaton (2009) constataram que a força de trabalho dos Higienistas Dentais não era reconhecida legalmente na Croácia, Alemanha, Hungria, Islândia e em Malta. Nos EUA, a regulamentação da prática dos Higienistas Dentais encontra-se consolidada, porém, em relação aos Terapeutas Dentais ainda existe controvérsia, uma vez que somente três estados permitem a sua atuação. Em 2009, o estado de Minnesota foi o primeiro a implantar o treinamento e a autorizar a prática dos Terapeutas Dentais, seguido pelos estados de Maine (em 2014) e de Vermont (em 2016) (ASKU et al., 2013; NASH et al., 2014).

Percebe-se que a falta de padronização em relação à regulamentação desses recursos humanos influencia diretamente na formação e na distribuição dessa força de trabalho, interferindo na equidade da assistência em saúde bucal. Uma questão relevante relacionada à formação dos Higienistas e Terapeutas Dentais que foi observada por Nash et al. (2014), é a existência de um movimento para integrar a formação e, portanto, os escopos de prática, das duas ocupações. Os programas de Higiene Dental se expandiram de 3 para 4 anos, incluindo o currículo da terapia dentária, por exemplo, no Reino Unido e nos Países Baixos (LUCIAK-DONSBERGER e EATON, 2009). Observa-se que as pressões exercidas pelos cirurgiões-dentistas em vários países pela proibição da atuação clínica dessas categorias têm levado à mudança da formação tanto dos Higienistas quanto dos Terapeutas Dentais. Isso pode ser observado pela tendência de mudança na formação, de educação profissional para ensino de graduação. O aumento do número de programas de bacharelado, licenciatura e

até mesmo mestrado foi observado tanto na Europa quanto na América do Norte (LUCIAK-DONSBERGER e EATON, 2009; JHONSON, 2009; NASH et al., 2014). A participação de profissionais de nível médio na assistência à saúde tem se mostrado um fator relevante para o aumento do acesso da população a esses serviços, entretanto, a ampliação no tempo de formação, principalmente dos Higienistas Dentais, acarretará em um aumento nos custos para sua incorporação (LOPEZ et al., 2012).

A inserção dos Terapeutas Dentais na força de trabalho em saúde bucal tem sido realizada visando à melhoria do acesso aos cuidados, principalmente para crianças. A inclusão dos Terapeutas como trabalhadores de programas odontológicos públicos direcionados aos escolares tem sido a estratégia adotada em países como Nova Zelândia; Austrália; Hong Kong; Cingapura; Malásia; Jamaica; Trinidad e Tobago; Bahamas; Anguilla; Papua Nova Guiné; Sri Lanka; Seychelles; Brunei Darussalam; Guiana; Samoa; Suriname; e no Reino Unido (NASH et al., 2014).

Um programa de treinamento e utilização de Terapeutas Dentais foi implantado no Alaska (EUA) em 2006 com o objetivo de melhorar os cuidados em saúde bucal para as populações nativas de aldeias remotas devido à escassez de cirurgiões-dentistas. Não foram observadas evidências significativa indicando que o tratamento odontológico irreversível fornecido pelos Terapeutas Dentais diferiu do tratamento fornecido por cirurgiões-dentistas apontando que podem se constituir em uma solução viável em longo prazo (BOLIN, 2008; BADER et al., 2011; LENAHER, 2017).

Percebe-se que a identidade profissional dessas categorias ainda não se consolidou. A diversidade dos processos formativos, da regulamentação e da prática impede a caracterização de um perfil de trabalho definido. Carvalho (1998) observa que esse fato impede o reconhecimento e respeito do público quanto ao papel do pessoal auxiliar da Odontologia na sociedade, uma vez que pode ser executado de diferentes formas e atores. É possível analisar esse fenômeno a partir de teorias relacionadas à sociologia do trabalho, que consideram as relações socioeconômicas e políticas que influenciam o processo de profissionalização das diversas categorias ocupacionais (DUBAR, 1998). O sociólogo americano Andrew Abbott (1988) descreve que um obstáculo que existe em qualquer profissão é a conciliação da sua posição pública com a sua posição no espaço de trabalho. Dessa forma, a não aceitação da prática de Higienistas e principalmente dos Terapeutas Dentais pelos cirurgiões-dentistas se torna um grande entrave para sua inserção no mercado. Esse fenômeno também é observado em regiões nas quais existe a regulamentação do exercício profissional como ocorre com os TSB no Brasil.

2.2 Técnicos em Saúde Bucal no Brasil

Diante da premissa de que o Estado é responsável pela “formação de recursos humanos preparados para atuar no serviço público” (BRASIL, 1988), com a consolidação do SUS foram impulsionados os programas de formação de pessoal auxiliar odontológico. O incentivo à formação não se restringiu à esfera pública, realizada pelas instituições da RET-SUS (CERQUEIRA et al., 2009; SANGLARD-OLIVEIRA et

al., 2012; ABREU et al., 2013), mas abrangeu também os cursos privados que foram aprovados pelos Conselhos Estaduais de Educação (NARVAI, 2003).

////////////////////////////////////
 PARA SABER MAIS
 Para saber mais sobre o Capítulo da Saúde presente na Constituição da República
 Federativa do Brasil de 1988, acesse o texto completo disponível em www.senado.leg.br

Portanto, o Brasil tem incorporado, de forma gradativa, o pessoal auxiliar ao seu cotidiano, aumentando a produtividade dos serviços prestados, principalmente no setor público (GARBIN et al., 2007).

Como observa Narvai (2003):

os números indicam um lento mas firme e progressivo aumento no número de trabalhadores de nível médio na odontologia brasileira, com a incorporação de mais de 30 mil novos trabalhadores num período de 20 anos (NARVAI, 2003, p. 125).

Isso pode ser confirmado por meio de consulta ao site (<http://cfo.org.br/web-site/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>) do Conselho Federal de Odontologia (CFO) que disponibiliza o quantitativo de cada categoria profissional por unidade da federação. Até outubro de 2017, 26.300 TSB e 298.049 cirurgiões dentistas estavam registrados no Brasil. A proporção é de um TSB para 11,33 cirurgiões-dentistas. Minas Gerais apresenta o maior número de TSB registrados (4.040) e o estado do Sergipe o menor número (105) (CFO, 2018).

A trajetória pela consolidação profissional dessas categorias se iniciou no século XX, sendo que há aproximadamente 40 anos encontram-se normatizados os cursos de formação dos técnicos e auxiliares pelo Conselho Federal de Educação (CFE) e pelo CFO. No âmbito do Congresso Nacional, há quase 30 anos legislou-se pela primeira vez sobre o exercício dessas ocupações (PEZZATO, 2001; OLIVEIRA, 2007; FAQUIM e CARNUT, 2012). No entanto, somente em 2008 é que foi aprovada a Lei 11.889 que regulamenta o exercício das profissões de TSB e de ASB (BRASIL, 2008).

Como conquistas advindas da regulamentação profissional, ressalta-se não só a mudança na nomenclatura - de THD para TSB e de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) para ASB - bem como o reconhecimento legal de uma ocupação historicamente relegada e tão prejudicada socialmente (PEZZATO, 2001). Essas ocupações têm sido discriminadas em relação ao mercado de trabalho, aos direitos trabalhistas, à representatividade em comissões regulamentares, ao direito de votar e se elegerem nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) e no CFO, bem como nas decisões sobre alterações nas atribuições dessas categorias (PEZZATO, 2001; SARTORI, 2009). Os principais instrumentos legais que foram emitidos visando à regulamentação das ocupações do TSB e do ASB podem ser contemplados no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais instrumentos referentes à regulamentação profissional do Técnico em Saúde Bucal, Brasil, 1975-2008

Ano	Órgão responsável	Instrumento	Principais avanços	Referências
1975	MEC	Parecer nº 460	Autorização do exercício profissional do THD e do ACD	Brasil, 1975
1984	CFO	Decisão nº 26	- Definição das normas para habilitação ao exercício profissional; - Incorporação do THD e do ACD aos CRO.	CFO, 1984
1993	CFO	Resolução nº 185	- Definição das competências do THD e do ACD	CFO, 1993
2008	Congresso Nacional	Lei nº 11.889	- Mudança da nomenclatura para TSB e ASB; - Reconhecimento legal das ocupações;	Brasil, 2008

Fonte: organizado pelos autores

Após a publicação da Lei 11.889/08, foram levantadas discussões quanto à sua interpretação, no que concerne aos procedimentos e atribuições de competência do TSB, em especial aos procedimentos clínicos tais como, procedimentos restauradores e periodontais (BRASIL, 2008; FRAZÃO e NARVAI, 2011; FAQUIM e CARNUT, 2012; CRO/MG, 2013). Mesmo com as divergências existentes, é possível afirmar que as competências aprovadas permitiram vários avanços, dentre eles, um impacto positivo para o processo de trabalho em saúde, tanto em relação ao trabalho em equipe, quanto à supervisão técnica das atividades, representando uma conquista para toda a classe odontológica e também uma significativa contribuição para o avanço da ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal (FRAZÃO e NARVAI; 2011).

Diferentemente de outros países, no Brasil quanto à formação do TSB é adotada apenas a modalidade de formação técnica. As escolas e centros formadores da RET-SUS realizam a habilitação do TSB e de outras categorias atendendo às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2015). Nesse contexto, os estudos que avaliam a formação dos trabalhadores da saúde possuem grande relevância em termos de Saúde Pública, uma vez que seus resultados podem e devem ser utilizados para subsidiar políticas de formação e gestão de Recursos Humanos em Saúde (RHS). Pesquisas voltadas para egressos das ETSUS podem favorecer a análise da matriz curricular dos cursos ofertados, da adequação do material didático disponibilizado, bem como dos critérios de seleção de docentes. Em relação à inserção do egresso ao serviço público, os resultados desse tipo de pesquisa podem ser utilizados na avaliação para a oferta de novos cursos e distribuição de vagas entre os municípios.

A LDB (BRASIL, 1996) e o Decreto n.º 2.208/97 (BRASIL, 1997a) evocam para a

importância da relação entre a educação profissional e as necessidades do mundo do trabalho. De forma complementar, a Portaria n.º 646/97 regulamenta tais legislações e ressalta:

Parágrafo único: Os mecanismos permanentes deverão incluir sistema de acompanhamento de egressos e de estudos de demanda de profissionais (Brasil, 1997b, p.3.)

Dessa forma, entende-se que o acompanhamento de egressos da educação profissional é uma atividade legitimada e reconhecida como uma estratégia de conexão entre a formação e a gestão do trabalho (CERQUEIRA et al., 2009).

Foi realizada busca bibliográfica⁵ sobre estudos envolvendo TSB egressos da RET-SUS e foram encontrados quatro artigos relacionados à formação do TSB (BONAN et al., 2009; CERQUEIRA et al., 2009; LEITE et al., 2012; FERNANDES et al., 2014), uma dissertação (FREIRE, 2011) e uma tese (PRADO, 2013). Quanto à inserção do egresso no SUS foram encontrados um artigo (LIMA et al., 2016) e uma dissertação (FALCÃO, 2014).

A literatura revisada aponta que o foco da maioria dos estudos tem sido a caracterização de egressos (perfil sociodemográfico), suas percepções sobre a formação e atuação no mercado de trabalho. Os dados publicados mais relevantes envolvendo TSB egressos de ETSUS apontam para um perfil:

- Predominante do sexo feminino (entre 85% e 97,7%);
- De faixa etária jovem (entre 20 e 34 anos);
- Que trabalham no serviço público (de 64% a 73,3%);
- Atuam como ASB (de 43% a 67,9%);
- Possuem vínculo estatutário (de 37,1% a 47,7%).

A incorporação das ESB ao PSF que ocorreu por meio da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), culminou com o aumento no número tanto de cirurgiões-dentistas, quanto de ASB e TSB no SUS. Tal inclusão que se configurou como uma estratégia para ampliar o acesso à saúde bucal no âmbito da APS e diminuir os índices epidemiológicos das principais doenças orais, também alterou o perfil de RHS inseridos no SUS (BRASIL, 2002; NARVAI, 2003; SANGLARD-OLIVEIRA, 2011; LIMA et al., 2016).

A Portaria 1.444 estabeleceu os tipos de modalidades de ESB: a modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um ASB e a modalidade II, composta por um cirurgião-dentista, um ASB e um TSB (BRASIL, 2000). Dessa forma, para que o ASB

⁵ A busca foi realizada de setembro de 2016 a abril de 2018 e foram utilizados os descritores: higienistas dentais; auxiliares da odontologia; educação profissionalizante; e sistema único de saúde. As bases de dados consultadas foram o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC) e o site do Google® Acadêmico. Não houve delimitação de tipo de estudo. Foram incluídos artigos, teses e dissertações publicados nos últimos dez anos.

habilitado em TSB possa ser inserido ao serviço público na função para o qual foi formado, é necessário que o município possua ESB modalidade II implantada. Essa modalidade de ESB permite a atuação do TSB no território de abrangência das unidades básicas de saúde. Existem incentivos financeiros que são repassados para a implantação das ESB e no caso da modalidade II, o valor financeiro é maior e os municípios recebem uma cadeira odontológica para uso do TSB (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012b). Mattos et al. (2014) afirmam que esses incentivos se mostram fundamentais para induzir a implantação das ESB nos serviços municipais. Percebe-se então que, para que as ESB modalidade II sejam implantadas é necessária a sensibilização dos gestores municipais em relação à contribuição do TSB na melhoria da efetividade da equipe para a atenção em saúde bucal (LIMA et al., 2016).

Pesquisas apontam para uma escassez de concursos públicos visando ao preenchimento de vagas para área da saúde pública, o que culmina em vínculos empregatícios precários. A predominância de profissionais da ESF que possuem contratos temporários dificulta a longitudinalidade das ações de saúde, uma vez que o profissional não tem garantida a sua permanência no serviço. A precarização do vínculo gera insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos trabalhadores e a qualidade dos serviços (LOURENÇO et al., 2009; GIRARDI et al., 2010; LIMA et al., 2016; CRUZ et al., 2019).

O Portal da Atenção Básica (BRASIL, 2018) apresenta o quantitativo de ESB implantadas no Brasil. A partir do ano de 2001, é possível perceber um crescimento progressivo no número de ESB modalidade II implantadas, totalizando até Janeiro de 2018, 2.180 em todo o país. Esses dados demonstram que existe um paradoxo entre o número de TSB formados pelas ETSUS, o número de egressos inseridos como TSB e o número crescente de ESB modalidade II implantadas. Percebe-se, portanto, que o serviço público tem incorporado ao quadro de recursos humanos maior número de TSB formados em cursos privados do que habilitados pelas ETSUS. Isso ocorre provavelmente pelo fato de grande parte dos trabalhadores-alunos, já serem concursados no cargo de ASB e a habilitação em TSB, mesmo que por uma ETSUS, não ser garantia de progressão ou contratação do egresso (CRUZ et al., 2019).

////////////////////////////////////
PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre o número de ESB implantadas em cada município, acesse o Portal do Departamento da Atenção Básica (DAB) disponível em www.saude.gov.br

. Um dos requisitos necessários para participação nos cursos das ETSUS é que os trabalhadores estejam inseridos no SUS. Assim, a maioria dos discentes participantes do Curso Técnico em Saúde Bucal é constituída por ASB concursados ou contratados. A ausência de concursos para o cargo de TSB impede que esses profis-

sionais abandonem seus cargos de ASB. Essa justificativa foi relatada pelos egressos da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG) e da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP/CE) (LIMA et al., 2016; ZINA et al., 2017; CRUZ et al., 2019).

3. A proposta de formação do Técnico em Saúde Bucal da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

A ESP/MG oferece o Curso Técnico em Saúde Bucal de forma periódica e descentralizada desde 1997, abrangendo inúmeros municípios do estado (MINAS GERAIS, 2017a). O Curso é organizado em três módulos divididos em unidades de estudo. A carga horária total é 1.300 horas que são executadas durante 14 meses, com alternância regular de períodos presenciais de concentração e outros de dispersão que acontecem no ambiente de trabalho na rede SUS:

O período da concentração é constituído por situações de reflexão sobre a prática, onde os alunos desenvolvem as sequências das unidades de estudo para criar, aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento teórico. O período de dispersão é o momento pedagógico de reorganização do processo de trabalho e caracteriza-se como efetivo exercício da função, considerando que a formação do aluno acontece nesse momento, no ambiente de trabalho (MINAS GERAIS, 2013b, p. 12).

Para isso, os gestores municipais assumem o compromisso de dispensar os trabalhadores de suas atividades durante o período de concentração, fornecer transporte e alimentação para esses alunos e de apoiar a realização das atividades de dispersão que devem ser realizadas nos locais de trabalho (ZINA, 2012).

Os docentes do Curso são cirurgiões-dentistas contratados por meio de processos públicos de seleção (MINAS GERAIS, 2013c). Para proporcionar a esses profissionais conhecimentos teóricos e metodológicos, é oferecido, de forma semipresencial, o Curso de Capacitação Pedagógica na Educação Profissional em Saúde. A carga horária total é de 88 horas, sendo 8 horas presenciais, realizadas com a Equipe Pedagógica da ESP/MG e 80 horas em ambiente virtual de aprendizagem com a participação de tutores contratados (MINAS GERAIS, 2013a).

As referências legais para a realização da Capacitação Pedagógica se encontram na Portaria 1996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 2012c). Esses documentos atentam para a necessidade de qualificar pedagogicamente os profissionais da área da saúde que exercerão a docência na educação profissional técnica de nível médio.

Os objetivos da Capacitação Pedagógica promovida pela ESP/MG são: contribuir para a formação de profissionais de nível médio capazes de suprir as demandas e necessidades do processo de trabalho em saúde e promover aos futuros do-

centes o conhecimento das bases teórico-pedagógicas e a reflexão necessária a uma ação político-pedagógica transformadora das práticas educativas (MINAS GERAIS, 2013a).

O material didático utilizado é composto pelo Guia Curricular do Docente e pelo Guia Curricular do Aluno. Esses guias apresentam textos, dinâmicas e as atividades propostas para serem realizadas nos períodos de concentração e de dispersão (ZINA, 2012).

A concepção metodológica adotada pela ESP/MG é baseada no conceito da Educação Permanente em Saúde -EPS- (MINAS GERAIS, 2013b). Nesse conceito, o conhecimento técnico-científico é considerado apenas um dos aspectos necessários para a habilitação, e não seu foco central. A formação engloba aspectos subjetivos, tais como a reflexão para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estrutura-se a partir da problematização, do acolhimento e do cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Diante desse contexto, a ESP/MG adota a proposta pedagógica do Currículo Integrado, que tem como princípio a articulação entre o trabalho e o ensino, a teoria e a prática e entre o serviço e a comunidade (MINAS GERAIS, 2013b). Essa metodologia de ensino fundamenta-se na concepção da aprendizagem geradora de reflexões, que possibilita ao trabalhador-aluno criar problemas e hipóteses de solução, de forma contextualizada com as características socioculturais do meio em que esse processo se desenvolve (SÁ, 2000; RAMOS, 2006; DAVINI, 2009).

Uma vez que a formação do TSB necessita de uma estrutura que permita a integração entre a teoria e a prática (FERREIRA et al., 2010), para o cargo de docente de Dispersão, estabelece-se o critério de que o profissional seja atuante no serviço público de saúde bucal. Esses docentes recebem gratificação financeira calculada por hora e por aluno, que não pode ser considerado como um pagamento, uma vez que desenvolvem as atividades no horário de trabalho (ZINA, 2012). Para os trabalhadores-alunos os requisitos necessários são possuir nível médio de escolaridade e estar inserido no SUS (MINAS GERAIS, 2013b).

A distribuição das vagas ocorre mediante fluxograma definido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Isso acontece, pois, os recursos necessários para a realização do curso provêm da esfera federal, sendo o repasse subordinado administrativamente à SES/MG. Esses recursos são destinados à formação profissional para a saúde, sendo relacionados a portarias ministeriais direcionadas à Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2012d). As regiões de saúde são selecionadas conforme os critérios definidos para a participação dos municípios. Até Julho de 2007, dentre esses critérios estavam o número de trabalhadores enviados para formação em turmas anteriores, o número de ESB e a forma de organização do serviço de saúde bucal. A seleção dos municípios era realizada mediante um ranqueamento, no qual era dada a prioridade para as regiões onde ainda não havia ocorrido o curso, ou que não estava ocorrendo no

momento. Após essa primeira estratificação, era dada a prioridade para os municípios que apresentavam maior demanda, em seguida para os municípios com maior cobertura de ESB.

A Resolução nº 5.821, de Julho de 2017 (MINAS GERAIS, 2017b) definiu novos critérios de prioridade para a distribuição de vagas e ofertas de turmas e para as regiões de saúde a serem contempladas com o curso Técnico em Saúde Bucal:

Parágrafo único - Os critérios abaixo deverão ser observados em ordem crescente de prioridade:

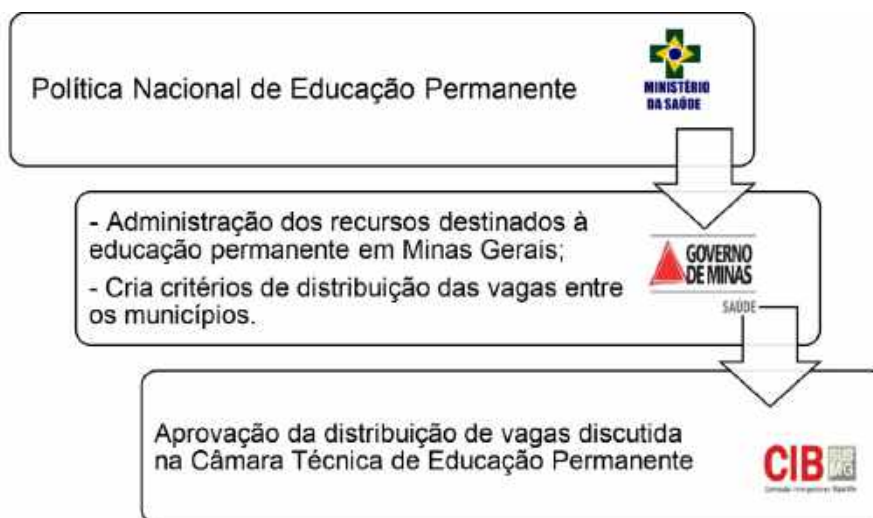
I - regiões de saúde que apresentam no CNES (jan.-dez., 2016) Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade II (ESB II) credenciadas no Ministério da Saúde (MS), mas não implantadas;

II- regiões de saúde que apresentam no CNES (jan.-dez., 2016) ESB II credenciadas no MS, mas não possuem nenhum tipo de ESB implantada; e

III- regiões de saúde com municípios ainda não contemplados com vagas de Curso Técnico em Saúde Bucal (TSB) pelas instituições pertencentes à RET-SUS (Rede de Escolas Técnicas do SUS) em Minas Gerais (ESP-MG e Unimontes), desde 2009 (MINAS GERAIS, 2017b, p.5.)

A proposta de distribuição das vagas é discutida na Câmara Técnica de Educação Permanente, sendo posteriormente aprovada em reuniões da Comissão Inter-gestores Bipartite (CIB) (figura 1) (ZINA, 2012; MINAS GERAIS, 2017a).

Figura 1 – Fluxograma de distribuição de vagas do Curso Técnico em Saúde Bucal em Minas Gerais.



4. A importância da inserção do Técnico em Saúde Bucal no SUS

O trabalho em equipe na saúde bucal tem sido desde a incorporação das ESB à ESF (BRASIL, 2000), o paradigma da prática odontológica no serviço público brasileiro. Busca-se com essa concepção de trabalho promover a ampliação do acesso da população. No entanto, a execução desse tipo de processo de trabalho implicou em transformações no sistema de formação e de gestão dos recursos humanos da odontologia (SARTORI, 2009).

Na ESB, o ASB atua sob a orientação e supervisão do cirurgião-dentista e do TSB, executando tarefas auxiliares do atendimento odontológico, bem como ações de promoção e prevenção das doenças bucais. A atuação dos TSB possui um especial enfoque na prevenção das doenças bucais e na promoção dos conhecimentos e práticas de saúde (BRASIL, 2012a).

Para além da atuação clínica, o TSB tem a função de:

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas com a população adscrita;
- Identificar as necessidades e as expectativas da comunidade em relação à saúde bucal, estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do SUS, sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde, programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal;
- Desenvolver nas ações coletivas os procedimentos de escovação dental supervisionada e de aplicação tópica de flúor.

5. Considerações finais

A atuação clínica do TSB na ESB, mesmo que sob a supervisão direta do cirurgião-dentista (BRASIL, 2008), pode influenciar no acesso aos serviços de saúde bucal. A sua inserção na equipe favorece o aumento dos horários disponíveis na agenda do cirurgião-dentista que podem ser destinados à realização de procedimentos irreversíveis e atendimentos de pacientes prioritários, tais como gestantes e diabéticos. O TSB é habilitado a realizar procedimentos clínicos reversíveis como remoção de placa bacteriana, raspagem de cálculo e aplicação tópica de flúor e inserção de material restaurador direto em cavidades preparadas pelo cirurgião-dentista (BRASIL, 2008). Porém, o que se tem observado é que há uma tendência de subutilização das competências clínicas do TSB (SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2012; REIS et al., 2017). Sanglard-Oliveira et al. (2012) encontraram uma menor possibilidade de contribuição do TSB na assistência clínica individual, principalmente na assistência restauradora na ESF em Minas Gerais, sendo a sua atuação mais frequente nas atividades coletivas.

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) propõe um trabalho con-

junto entre as ESB e as ESF. Nesse contexto, a formação e inserção do TSB representa um elemento chave para contribuir com as ações assistenciais e a ampliação do acesso aos serviços de saúde (SANGLARD-OLIVEIRA et al., 2011; LIMA et al., 2016; CRUZ et al., 2019).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de reformulação da política de educação permanente no estado de Minas Gerais, bem como em outros estados brasileiros. As mudanças se referem à utilização de recursos humanos e gestão do trabalho, bem como uma revisão no ciclo da solicitação e oferta de novos cursos pelas ETSUS, visando à otimização da utilização dos recursos investidos na formação do TSB pelas escolas da RET/SUS.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. **The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988. 425 p.

ABREU, M. H. N. G. et al. A survey of the sociodemographic and educational characteristics of oral health technicians in public primary health care teams in Minas Gerais, Brazil. **Hum Resour Health**, Londres, v.11, n. 67. 2013.

ALMEIDA, L.P.V.G.; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.1, p.31-35, 2008.

ASKU, M.N.; PHILLIPS, E.; SHAEFER, L. U.S. Dental School Deans' Attitudes About Mid-Level Providers. **J Dent Educ**, Washington, v. 77, n. 11, p. 1469-1476, 2013.

BADER, J.D. et al. Clinical technical performance of dental therapists in Alaska. **JADA**, Oxford, v.142, n.03, p. 323-326, 2011.

BEAZOGLU, T.J. et al. Dental Therapists in general dental practices: an economic evaluation. **J Dent Educ**, Washington, v.76, n. 8, p. 1082-1091, 2012.

BLUE, C. et al. Beginning the socialization to a new workforce model: dental students' preliminary knowledge of and attitudes about the role of the Dental Therapist. **J Dent Educ**, Washington, v.75, n. 11, p. 1465-1475, 2011.

BOLIN, K.A. Assessment of treatment provided by dental health aide therapists in Alaska: a pilot study. **JADA**, Oxford, v. 139, p. 1530-1535, 2008.

BONAN, P.R.F. et al. Perfil de técnicos em higiene dental quanto à prática profissional, à educação permanente e ao trabalho em serviço público. **Ver Odonto Ciênc**, Porto Alegre, v.24, n.2. 2009.

BOYD, L.D. Educating Dental Hygienists to meet future health care needs and roles of the profession. **J Dent Educ**, Washington, v.80, n.9, p. 1031-1032, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer nº 460, de 6 de fevereiro de 1975.** Dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 fev. 1975. Documenta, v. 171, p. 20-26.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692, de 25 de março de 1994**. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

BRASIL. Presidência de República. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997**. Regula o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1997a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 646, de 14 de maio de 1997**. Regula a implantação do disposto nos artigos 39 a 42 da Lei Federal nº 9.394/96 e no Decreto Federal nº 2.208/97 e dá outras providências (trata da rede federal de educação tecnológica). 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal**. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004a.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004**. Regula o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal- ASB. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009**. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. 2012b.

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução nº 6, de 20 de setembro de 2012**. Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.010, de 14 de setembro de 2012**. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para execução, no exercício de 2012, na área técnica estratégica de Prótese Dentária do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RET-SUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portal da Saúde**. DAB. 2018.

CARVALHO C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: Ministério da Saúde. **Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. v. 2, p. 287-305.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004.

CERQUEIRA, M.B.R. et al. O egresso da escola técnica de saúde da UNIMONTES: conhecendo sua realidade no mundo do trabalho. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 305-328, jul./out., 2009.

COATES, D. E. et al. Dental Therapists and Dental Hygienists educated for the New Zealand environment. **J Dent Educ**, Washington, v. 73, n. 8, p. 1001-1008, 2009.

COELHO, S.L.B. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Decisão nº 26, de 13 de maio de 1984**.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução nº 185, de 26 de abril de 1993**.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Estatísticas. 2018**.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS (CRO-MG). **Documento de consenso técnico**. Orientação para o exercício profissional com base na lei n. 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). CRO-MG: Belo Horizonte, 2013.

CRUZ, A.C.P.S et al. Factors associated with the inclusion of oral health technicians into the public health service in Brazil. **Hum Resour Health**, Londres, v.17, n.35, p.1-10. 2019.

DAVINI, M. C. **Currículo Integrado**. 2009. 10 p.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação & Sociedade, Campinas, v.19, n.62, p.13-30, 1998**.

FALCÃO, T.J.O. **A inserção do Técnico em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no estado do Rio Grande do Norte**. 2014. 69f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

FAQUIM, J.P.S.; CARNUT, L. Pessoal auxiliar em odontologia: a trajetória regulamentar da profissão de técnico em saúde bucal (1975-2008). **J Manag Prim Health Care**, Ontário, v.3, n.2. p. 202-207, 2012.

FERNANDES, L.H.F. et al. Perfil socioeconômico e expectativas profissionais de alunos de curso Técnico em Saúde Bucal. **Rev Ciênc Méd Biol**, Salvador, v. 13, n. 1, p. 13-17, jan./abr. 2014.

FERREIRA, R.C. et al. Formação Profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev Bra Edu Méd**, Brasília, v.34, n.2, p.207-215, 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **As ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde: um estudo a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE**. 2003. 78f. Relatório final - Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2003.

FRAZÃO, P.; N ARVAI, C.P. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do Técnico em Saúde Bucal? **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, 2011.

FREIRE, A.C.G.F. **Avaliação do conhecimento, formação e capacitação do TSB e ASB no desenvolvimento das atividades no serviço público de saúde**. 2011.103 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2011.

FRIED, J.L. et al. Preparing the future dental hygiene workforce: knowledge, skills, and reform. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 81, n.9 (suppl 1), sep, 2017.

FRIEDMAN, J.W.; MATHU-MUJU, K.R. Dental Therapists: improving access to oral health care for underserved children. **Am J Public Health**, Washington, v.104, n.06, p. 1005-1009, jun, 2014.

GARBIN, A.J.I. et al. Avaliação do conhecimento, formação e capacitação do THD e ACD no desenvolvimento das atividades no Sistema Público de Saúde. **Rev Omnia Saúde**, Adamantina, v. 4, n. 2, 1-74, jul/dez, 2007.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010.

HOPCRAFT, M. et al. Working practices and job satisfaction of Victorian dental hygienists. **Australian Dental Jour**, Sidney, v.53, p. 61-66, 2008.

JHONSON, P.M. International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation comparative study. **Intern Dental Jour**, Geneva, v 59, p.63-77, 2009.

KEMPSTER, C. et al. Australian dentists: characteristics of those who employ or are willing to employ oral health therapists. **Aust Dent J, Sidney**, v.60, p.154-162, 2015.

KOPPELMAN, J.; SINGER-COHEN, R. A Workforce Strategy for Reducing Oral Health Disparities: Dental Therapists. **AJPH**, Whashington, v.107, p.13-17, 2017.

LEITE, D.F. et al. Perfil socioeconômico dos alunos concluintes dos cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v.41, n.2, p. 95-101, 2012.

LENAKER, D. The Dental Health Aide Therapist Program in Alaska: an example for the 21st century. **AJPH**, Washington, v.107, n.1 (supple 1), 2017.

LIMA, A.M.C. et al. Inserção do Técnico em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: a instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, Supplement 1: 2016.

LOPEZ, N. et al. Dental school faculty perceptions of and attitudes toward the new dental therapy model. **J Dental Educ**, Washington, v.76, n.4, p. 383-394, 2012.

LORETTO, N.R.M. et al. Job Satisfaction among Dental Assistants in Brazil. **Braz Den J**, Ribeirão Preto, v. 24, n.1, p. 53-58, 2013.

LOURENÇO. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1367-1377, 2009.

LUCIAK-DONSBERGER, C.; EATON, K.A. Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. **Int J Dent Hygiene**, Washington, n,7, p. 273-284, 2009.

MACEY,R. et al. Feasibility study: assessing the efficacy and social acceptability of using dental hygienist-therapists as front-line clinicians. **Br Dent J, Londres**, v. 221, n.11, p.717-721, 2016.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Guia Curricular**: Curso de capacitação pedagógica na educação profissional em saúde: manual do aluno. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2013a. p. 8.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Guia Curricular**: Curso Técnico em Saúde Bucal: módulo I: o contexto do trabalho em saúde no SUS: unidade I: processo saúde-doença e promoção da saúde: manual do docente. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2013b. p.10.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Projeto Político Pedagógico**. 2015. 43 p.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Edital de Credenciamento de docente nº 001 de 2013**. 2013c. 03 p.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Núcleo de Educação Profissional em Saúde (NEPS)**. Pesquisa ao arquivo, 2017a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução nº 5.821, de 19 de julho de 2017**. Dispõe sobre o Projeto de Ação Educacional do Curso Técnico de Saúde Bucal oferecido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, define critérios de prioridade para distribuição de vagas e oferta de turmas e dá outras providências. 2017b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. 2017c.

NAIDU, R. et al. A comparison of career satisfaction amongst dental healthcare professionals across three health care systems: Comparison of data from the United Kingdom, New Zealand and Trinidad & Tobago. **BMC Health Serv Res**, Londres, v.6, n.32, p.01-05, 2006.

NARVAI, P.C. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, L. **Promoção da saúde bucal**. 2 ed. São Paulo: Aboprev-Artes Médicas; 2003. cap. 1, p.449-63.

NASH,D.A. et al. A review of the global literature on dental therapists. **Community Dent Oral Epidemiol**, Washington, v.42, p.1-10, 2014.

NASH,D. A. et al. Ensuring access to oral health care for children: school-based care by dental therapists – a commentary. **J Sch Health, McLean**, v. 85, n.10, p. 659-662, 2015.

NASH,D.A. et al. The dental therapist movement in the United States: A critique of current trends. **J Public Health Dent**, Washington, n.01 p. 01-07, 2017.

OLIVEIRA, M. A. et al. Auxiliar e técnico de saúde bucal: da condição de 'ocupação' ao status de 'profissão' da odontologia. **Rev ABO-MG**, Belo Horizonte. v.1, n.1, p. 25-27, Jan. 2010.

PEZZATO, L. M. **O processo de formação do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário, no Brasil**: uma história silenciada. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

PRADO, M.M.S. **Formação e prática profissional do Técnico em Saúde Bucal**: um estudo sobre a percepção de egressos. 2013. 212 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

PHILLIPS, E.; SHAEFER, H.L. Dental Therapists: evidence of technical competence. **JDR Clin Trans Res**, Washington, p.11-15, 2013.

RAMOS, M.N. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2006.

REIS, P.A.M. et al. O técnico em saúde bucal: a atuação deste profissional no serviço público de saúde. **RGSS**, São Paulo, v. 6, n.3, p. 293-305. 2017.

ROWE, D.J. et al. Educational and career pathways of Dental Hygienists: comparing graduates of associate and baccalaureate degree programs. **J Dent Educ**, Washington, v.72, n. 4, p.297-307, 2008.

SÁ, E.M.O. **Quando o currículo faz a diferença... O currículo integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental / THD**. 2000. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte, 2000.

SANGLARD-OLIVEIRA, C.A. **Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família do Estado de Minas Gerais**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANGLARD-OLIVEIRA, C.A. et al. Exploring professionalization among brazilian oral health technicians. **Hum Resour Health**, Londres, v.10, n.5. 2012.

SANGLARD-OLIVEIRA, C.A. et al. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na estratégia saúde da família em Minas Gerais, Brasil. **Cien Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8. 2013.

SARTORI, J. A. L. **A contribuição do Curso de Formação Profissional de Auxiliar em Saúde Bucal na prática dos serviços de saúde bucal e na vida dos profissionais envolvidos.** 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, 2010.

SÓRIO, R.E.R. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. **Rev Formação**, Brasília, v. 2, n.5, 2002.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis: Vozes; 2002. 325 p.

USWAK, G.; KELLER-KURYSH, E. Influence of private practice employment of Dental Therapists in Saskatchewan on the future supply of Dental Therapists in Canada. **J Dent Educ**, Washington, v.76, n. 8, p. 1092-1101, 2012.

YAVNAI, N. et al. Dental Hygienists in Israel: employment evaluation, job satisfaction, and training implications. **J Dent Educ**, Washington, v. 76, n.10, p.1371-1376, 2012.

ZINA, L.G. Núcleo de Educação Profissional em Saúde (NEPS). **Curso Técnico em Saúde Bucal: diretrizes e organização.** 2012, 12 p.

ZINA, L.G., PORTUGAL, E.L.A., LOPES, J.S. **Formação de técnicos em saúde bucal na rede pública de saúde no Brasil: ensino técnico e inserção no mercado de trabalho.** Novas Edições Acadêmicas; 2017.